Man pränumerirt für das österr. Kaiserreich sammt der Postversendung **nur** im **Redaktions-Bureau**, Wien, Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761 und bei allen k. k. Postämtern ganzjährig mit fl. 40 kr., halbjähr. mit 4 fl. 20 kr., vierteljährig mit 2 fl. 10 kr. Oest. W.
Geldsendungen erbittet man franco.

№ 7.
Wien. — Freitag, den 18. Februar 1859. — **V. Jahrg.**

Man pränumerirt für die ausser-österreichischen Staaten auf dem Wege des Buchhandels nur bei **E. F. Steinacker** in **Leipzig**, ganzjährig mit 5 Thaler und halbjährig mit $2\frac{1}{2}$ Thaler.
Inserate 10 kr. Oest. W. (2 Sgr.) pr. dreispaltige Petitzeile.
Jeden Freitag eine Nummer.

Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium
der
medicinischen Facultät in Wien.
Redigirt von den Doctoren **G. Preyss** und Primararzt **F. Dinstl.**

Zur Casuistik des äussern Harnröhrenschnittes nebst Bemerkungen über diese Operation.

Von Prof. Dr. ***A. Bryk*** *in Krakau.*

Der äussere Harnröhrenschnitt, welchen schon J. Hunter und B. Bell zur Heilung veralteter und keiner Erweiterung fähiger Stricturen anempfohlen haben, wurde in der neuesten Zeit durch die Bemühungen Scharlaus, Civiale's und Symé's in der operativen Heilkunde bleibend eingeführt. Demungeachtet ist es Thatsache, dass diese Operation noch nicht jene Aufnahme gefunden hat, welche ihr mit Rücksicht auf die vielfachen günstigen Erfolge, namentlich die Beseitigung des Harnröhrenleidens und in vielen Fällen selbst die Lebensrettung des Kranken unstreitig gebührt. Forschen wir nach den Ursachen dieser Zurückhaltung, welche unter den practischen Aerzten nicht selten noch angetroffen wird, so dürften wir dieselben theils in den allzubreit gesteckten Grenzen für die Anzeigen zu dieser Operation, theils in der Einschränkung der Letzteren auf die schwierigsten, mit dem Blasenstich, dem forcirten Catheterismus und der innern Urethrotomie (Reybard, Hammer) concurrirenden Fälle bezeichnen und uns daraus erklären, warum einige Wundärzte den äussern Harnröhrenschnitt als eine völlig entbehrliche Operation betrachten, andere hingegen demselben als einem oft unausführbaren, übrigens mit vielfachen Gefahren verbundenen Verfahren jede Berechtigung in der operativen Medicin absprechen.

Es ist hier nicht unsere Aufgabe, in die kritische Erörterung der Anzeigen zu dieser Operation einzugehen; wir können in dieser Beziehung auf die von Kriemer (Ueber die radik. Heilg. der Harnröhrenverengerung und deren Folgen u. s. w. Aachen 1828) bereits schon mit grosser Präcision hervorgehobenen Indicationen und auf Schuh's (Wien. med. Wochenschrift Jhrg. 1856 Nr. 10 u. d. f.) erschöpfende Darstellung derselben verweisen, aus denen zur Genüge erhellet, dass die Spaltung der Harnröhre von aussen bei callösen, der Erweiterung nicht weiter fähigen, knorpelartigen Verengerungen, welche bedeutende Strecken des Canals einnehmen, mit narbiger Entartung des Mittelfleisches, Obturation des Harnröhrenlumens und ausgedehnten Scrotal- und Dammfisteln einherzuschreiten pflegen, mit vollem Rechte angezeigt ist und diesem Verfahren daher neben den übrigen theils blutigen, theils unblutigen Methoden zur Beseitigung des genannten Harnröhrenleidens ein ebenbürtiges Anrecht in Praxi fernerhin nicht bestritten werden kann. Nachstehender Fall möge als ein Beitrag zur Casuistik dieses Operationsverfahrens und als ein weiterer Beleg zur Begründung obiger Indicationen dienen; wir behalten uns vor, zum Schlusse einige Bemerkungen bezüglich der dabei vorkommenden Schwierigkeiten und Gefahren hinzuzufügen und hoffen, die hie und da noch in Anregung gebrachten Bedenken gegen diese Operation auf das rechte Mass zurückzuführen.

Ein 53 Jahre alter herrschaftlicher Förster, seit mehr als 20 Jahren an Harnbeschwerden leidend, überstand vom 18. bis 30. Jahre successive mehrere Tripper, welche durch Vernachlässigung und zweckwidrige Behandlung sich in die Länge verschleppt haben. Im 34. Jahre stellte sich die erste Harnverhaltung ein. Zwar gelang es durch forcirten Catheterismus, dem eine bedeutende Blutung aus der Harnröhre, Schwellung der Testikel und des Dammes nachgefolgt sein soll, vor der Hand dieselbe zu beheben; allein es blieben seit dieser Zeit namhafte Harnbeschwerden zurück, zu deren Beseitigung mit Ausnahme einer in späteren Jahren einmal versuchsweise unternommenen Cauterisation nichts weiter geschah. Die zweite Harnverhaltung trat vor acht Jahren ein und war von Urin-Infiltration in das Scrotum und Mittelfleisch begleitet; die nach brandiger Zerstörung des Dammes und eines grossen Theiles des Hodensackes zurückbleibende Wunde heilte nach mehreren Monaten mit Hinterlassung mehrerer Scortalfisteln, aus denen beim Uriniren stets etwas Harn abzufliessen pflegte. Von nun an häufiger Harnzwang, copiöser eitriger Ausfluss aus der Urethra, fortwährendes Durchträufeln des Urins bei den Fistelöffnungen, welche an einigen Stellen vernarbten, um an andern vom Neuen aufzubrechen. In der letzten Zeit wurde auf Anrathen eines Arztes durch

einige Monate eine Dilatationscur vorgenommen, jedoch konnten die Bougieen nie durch die Verengerung in die Blase dringen und so wurde Pat. nach zweimonatlicher Behandlung hoffnungslos nach Hause entlassen. Die nähere Untersuchung des Kranken ergab hochgradige Abmagerung mit icterischer Färbung der Haut, die Brustorgane gesund, die Leber etwas vergrössert; Erscheinungen des Magen- und Darmkatarrhs mit Spannung und mässigem Meteorismus des Unterleibes; der Stuhl nur durch Anwendung der seit Jahren zur Gewohnheit gewordenen Morrison'schen Pillen herbeizuführen, wobei mit wenigen Scybalis meist gallig gefärbter zäher Schleim unter heftigem Tenesmus in wiederholten Gängen entleert, überdies etwas Urin sowohl durch die Urethra als auch durch die Fisteln mit scheinbarer Erleichterung herausgepresst wurde. Der After von einem Wulst varicöser Venen begrenzt, der Harnstrahl brausenartig getheilt, die Quantität des auf einmal gelassenen Harns 3—4 Esslöffel; der Urindrang schon beim Tage, noch mehr in der Nacht lebhaft. Die Glans rissig und indurirt, aus der Urethra beim Drucke zäher gelblicher Eiter ausfliessend, der Penis durch das häufige Zerren und Melken auffallend lang. Der Hodensack seitlich und nach vorne erhalten, längs der Raphe an zahlreichen Stellen narbig eingezogen, in der obern Hälfte desselben eine erbsengrosse Geschwürsstelle, in deren lippenförmig gewulstetem Grunde eine kaum für die dünnste Sonde durchgängige Oeffnung sichtbar war, durch welche man in der Richtung gegen die Symphyse etwa $1/2''$ vordringen konnte. Die Basis des Scrotums und die ganze Mittelfleischgegend von vielfachen narbigen Wülsten durchfurcht und fast knorpelartig verhärtet. Rechts von der Mittellinie des Dammes zwei dicht neben einander liegende, etwa Stecknadelkopf grosse, mit aufgeworfenen Rändern versehene Fistelmündungen, welche nach einem kurzen Verlaufe sich zu einem gemeinschaftlichen $1''$ langen nach hinten und etwas aufwärts gerichteten Gange vereinigten. Dicht auf dem linken Sitzknorren eine Bohnen grosse, von einem seit einigen Wochen eröffneten Abszesse stammende Ulcerationsöffnung, in welche eine Kopfsonde in der Richtung nach oben gegen die Scrotalbasis bei $2''$ eingeschoben werden konnte. Mit Ausnahme der Hodensackfistel sickerte durch die übrigen bei jedem Uriniren etwas Harn ab, dessen ätzende Beschaffenheit sowohl am Hoden, als auch am Damm und den Schenkeln ein ausgebreitetes Eczem zu Folge hatte. — In einer Tiefe von $5''$ fand man in der Gegend der Harnröhrenzwiebel eine Verengerung, die weder für metallene dicke und dünne Catheter, noch für elastische Bougieen mittleren und dünsten Calibers durchgängig war; letztere drangen noch etwa $1/2''$ tiefer ein als die dickeren, konnten aber ohngeachtet der üblichen unter solchen Verhältnissen gebräuchlichen Handgriffe über die Verengerung nicht weiter geschoben werden. Mittelst einer elastischen, am Vesikalende mit einem dicken, olivenförmigen Knopfe versehenen Sonde (sonde à boule) constatirte man überdies in einer Entfernung von $3''$ von der Urethraöffnung eine Schleimhautfalte, welche indessen bei der ansehnlichen Weite des Gliedtheils der Harnröhre selbst voluminöse Sonden ohne Hinderniss hin und her passiren liess. Soweit der Gliedtheil der Harnröhre der Manualuntersuchung zugängig war, fühlte er sich weich und schwammig und entzog sich erst in der Mitte des Hodensackes in den hier beginnenden Narbenmassen jeder Palpation. Die Prostata klein und unschmerzhaft; die Blase in das Rectum hineinragend, ihre Wandungen brettartig hart und gespannt zu fühlen. Die Blasengegend oberhalb der Symphyse beim Drucke in der Tiefe empfindlich; die Nieren- und Lendengegenden unschmerzhaft. Die wiederholt an verschiedenen Tagen vorgenommene Untersuchung führte stets zu denselben Resultaten und begründete die Diagnose einer hochgradigen, zwar für den Harn, jedoch nicht für die Instrumente permeablen Verengerung der Urethra, welche im Bulbus beginnend sich höchstwahrscheinlich auf den von callösen und knorpelartig entarteten Dammschichten eingeschlossenen häutigen Theil erstreckte, und in Berücksichtigung der langen Dauer, der damit complicirten Fistelgänge des Scrotums und Dammes wie auch des Gesammtzustandes des Kranken sich für den äusseren Harnröhrenschnitt eignete.

Die Operation wurde am 29. Juli v. J. vollzogen. Der chloroformirte Kranke wurde wie zum Steinschnitte gelagert, eine gefurchte Leitungssonde bis nahe an die Verengerung eingeführt und dem zur Seite stehenden Gehilfen in einer mit der Längenachse des Körpers parallelen Richtung zum Halten übergeben. Durch einen von der Mitte der Raphe bis $1/2''$ von dem After reichenden senkrechten Schnitt wurden die callösen Integumente des Scrotums und Mittelfleisches gespalten, der Bulbus urethrae entblösst und auf der deutlich fühlbaren Sondenfurche in der Länge von $1''$ geöffnet. Dabei zeigte sich, dass die Ausbuchtung desselben in einen $1/2''$ langen, in das callöse Gewebe des Dammes zwischen Urethra und dem Mastdarme führenden blindsackigen Canal verlängert erschien, dessen zottige, schiefergrau pigmentirte, des Schleimhautüberzuges ledige Wandungen ihn als einen schon lange bestehenden falschen Weg dokumentirten. Derselbe wurde auf der Hohlsonde getrennt und zur Aufsuchung der Harnröhre geschritten. Man sah in der nun gereinigten Wundfläche an der obern Harnröhrenwand die Schleimhaut dicht unter dem Schambogen an einer faltenartig zusammengezogenen, knorpelhart anzufühlenden, blassröthlichen Stelle sich begrenzen, konnte indessen trotz wiederholter Versuche mit der Knopfsonde innerhalb den Falten in die Harnröhre nicht eindringen. Einige vorsichtige längs dem Urethraverlaufe hinter der Verengerung vollführte Schnitte hatten eine Lockerung der starren callösen Umgebungen zu Folge, wodurch es gelang innerhalb der oberwähnten Falten eine Knopf- und auf dieser eine Hohlsonde einige Linien weit einzuschieben und so durch allmähliges Vorrücken und Spalten der knorpelharten unter dem Messer knirschenden Exsudatmasse die gleichmässig comprimirte pars membranacea in ihrer ganzen Ausdehnung zu eröffnen. Der Ausfluss von etwa $1/2$ Esslöffel eines trüben ammoniakalischen Harns deutete an, dass man an der bereits hinter der Strictur erweiterten Harnröhrenstelle im prostatischen Theil angelangt war und somit den Zweck der Operation vollkommen erreichte. Bei näherer Untersuchung der Stricturstelle zeigte sich ein von der obern Wand vorspringender callöser Wulst, welcher in eine rinnenförmige Furche der untern gleichfalls verdickten Wand eingefügt war und dadurch nicht bloss eine winkliche Knickung, sondern auch gleichzeitig Obturation des Canals an dieser Stelle setzte, während der dahinter gelegene Isthmus durch fast knorpelartig harte Exsudatmassen gleichmässig in seinem Lumen comprimirt war. — Die knorplige Wulstung an der Strictur wurde excidirt, hierauf ein silberner Catheter durch

die ganze Harnröhre bis in die Blase gelegt, durch den letztern noch etwa $1/2$ Pfd. sehr übelriechenden, mit zähem gelblichem Schleime gemischten Harns ausgeleert und zur Spaltung der Hohlgänge des Perinäums geschritten. Die am rechten Sitzknorren ausmündende, 2″ für eine Knopfsonde durchgängige Fistelöffnung verlängerte sich in einen durch die Dicke des Mittelfleisches bis zur Harnröhrenzwiebel reichenden sehr engen Hohlgang, welcher hinter der Verengerung in den Isthmus einmündete und wegen des sinuösen Verlaufs, so wie der bedeutenden Tiefe nur schwer gespalten werden konnte. — Die beiden links von der Mittellinie des Perinaeums gelegenen Fisteln verschmolzen nach einem kurzen Verlaufe in der Tiefe in einen gemeinschaftlichen Gang, welcher gegen den prostatischen Theil der Harnröhre sich erstreckte. Sie wurden der Art gespalten, dass die hiezu nöthig gewordenen Incisionen mit dem Mittelschnitte zusammenfielen und die Gesamtwunde bei einer Länge von $3\frac{1}{2}$″ einen rechten bis zum Sitzknorren reichenden längern, und einen linken beinahe unter einem rechten Winkel in den Mittelschnitt einmündenden kürzeren Schenkel darbot, bei der ungleichen Mächtigkeit der im Mittelfleische vorhandenen callösen Narben eine Tiefe von $2-2\frac{1}{2}$″ erreichte und die Harnröhre in ihrem bulbösen und häutigen Theile in einer Ausdehnung von 2″ eröffnete. Der am Scrotum in der Mitte der Raphe ausmündende 1″ für die Sonde permeable Fistelgang wurde belassen, indem man bei der sorgfältigsten Untersuchung eine Fortsetzung desselben in die Tiefe nicht aufzufinden vermochte, daher die Gewissheit nahe lag, dass derselbe nach dem Aufbrechen der später entstandenen Perninaealfisteln bereits in der Tiefe vernarbt war, mithin auch eine Schliessung des noch übrigen Theiles bei den sonst normal beschaffenen Scrotalbedeckungen erwartet werden konnte, eine Voraussetzung, welche im weitern Verlaufe gerechtfertigt wurde. Sämtliche Wundgänge wurden mit trockener Charpie ausgefüllt, eine mit kaltem Wasser befeuchtete Compresse über das Perinaeum und Scrotum gelegt und das Ganze mit einer T-binde festgehalten, an welcher die den Catheter fixirenden Bändchen befestigt wurden. Die Blutung war sowohl aus der Harnröhrenzwiebel als auch aus dem schwielig entarteten Mittelfleische kaum nennenswerth und hörte nach mehrmaligem Abspülen der Wunde mit kaltem Wasser ganz auf.

Patient war nach der Operation wenig angegriffen; über brennenden Schmerz wurde in der Wunde geklagt und ein geringer Blutabgang beim Orificium urethrae im Verlaufe des Nachmittags bemerkt. Abends vermehrte Hautwärme mit Pulsbeschleunigung, in der Nacht ein halbstündiger Frost, darauffolgende Hitze und reichlicher Schweiss, der Schlaf durch mehrmaligen Harnabfluss durch den Catheter unterbrochen. In den folgenden drei Tagen ein mässiges Fieber mit gelinden abendlichen Exacerbationen; der Harn floss grösstentheils durch den Catheter ab, träufelte jedoch auch bei der Wunde durch, welche mässig geschwollen, mit gelblichem Exsudate und hie und da mit noch anklebenden Blutgerinnseln beschlagen erscheint; seltener Harnzwang mit Schmerzen am Blasenhalse, Stuhlentleerung nur nach Anwendung des gewohnten Purgans. Die Behandlung beschränkte sich auf schmale Kost, Deckverband und kalte Wasserüberschläge. Bis zum 4. Tage war die Wunde mit rothen Granulationen gleichmässig bedeckt, der Mittelfleischtheil samt den hier befindlichen Fistelkanälen zusammengezogen, an der Hodensackbasis eine weite trichterförmige Höhle, in deren Tiefe der Catheter mehr als 1″ sichtbar. Kein Fieber, gesteigerte Esslust. Verband mit trockener Charpie, welche nach jedesmaligem Uriniren in der vorher mit lauwarmen Wasser ausgespülten Wunde gewechselt wurde, um jedes Stagniren des am Perinaeum, wenn auch im geringen Masse abträufelnden Harns hintanzuhalten. Bis zum 12. Tage das Allgemeinbefinden ungestört. — Theilweiser Harnabfluss durch die Dammwunde, welche mit derben rothen Granulationen sich zu füllen begann; in der Tiefe der am Scrotum befindlichen konischen Höhle mehrere röthliche, die innern Wundränder balkenartig vereinigende, quere Bindegewebsstränge, hinter denen der Catheter eine kurze Strecke durchschimmerte. Der in dieser Zeitperiode entleerte Harn war Anfangs dunkelroth, später weingelb mit geringem braungelblichem Bodensatze, schwachsauer und zeigte bei der microscopischen Untersuchung nebst zahlreichen, theils unveränderten, theils ausgezackten Blutkörperchen noch reichliche Eiterzellen und in Essigsäure lösliche Trippelphosphatkrystalle nebst Schleim. In den folgenden Tagen stellte sich nach einem Diätfehler eine heftige Diarrhoe ein, mit heftigen Schmerzen in der Gegend des Blasenhalses, mit häufig sich wiederholendem Harnzwang und Abfliessen des Harns durch die Wunde. Der ammoniakalisch riechende Urin brauste mit Säuren auf, setzte einen reichlichen, weissen zähen Bodensatz ab, in welchem oberwähnte mikroscopische Elemente nebst Blasenepithel und Schleimkugeln reichlich zu sehen waren. Die Glans war geröthet und schmerzhaft, die Vorhaut paraphymotisch geschwollen, der Catheter verursachte sowohl in der Harnröhre als auch im Blasenhalse unerträgliche Schmerzen, so, dass der Patient die schlimmsten Zeiten seines ehemaligen, nunmehr überwunden geglaubten Leidens zurückgekehrt zu sehen bitter beklagte; Fieber und gastrische Erscheinungen, dabei aber eine lebhaft rothe, gut eiternde Wunde. Entfernung des Catheters aus der Blase und verschärfte Cautelen wegen jedesmaliger Reinigung der übrigens stets trocken zu verbindenden Wunde nach jedem Uriniren. Schmale Kost, innerlich Sodalimonade und $1/8$ gr. Morphium zweistündlich. Dieser Zustand dauerte unter wechselnder Ab- und Zunahme der Erscheinungen volle 8 Tage und entschied sich mit reichlichem Schweisse, Klärung des Urins, welcher zwar immer in geringen Mengen bei der Perinäalwunde abfloss, allein allmählig länger in der Blase behalten wurde, so dass die Nachtruhe des Patienten weniger gestört war und sein Allgemeinbefinden sich rasch besserte. — Warme Sitzbäder und eine zweimalige Blasendouche von lauem Wasser, welches mittelst Eguissier's Irrigateur durch einen doppelläufigen elastischen Catheter in die Blasenhöhle geleitet wurde, trugen gleichfalls zur raschen Beseitigung der Entzündungserscheinungen bei. Die Präputialgeschwulst fiel, die Perinaealwunden füllten sich ganz aus und schritt die Hautbildung in denselben rasch vorwärts, während die trichterförmige, gegen den Bulbus urethrae führende Höhle fast bis zur Grösse einer Erbse während dieser Zeit zusammenschrumpfte. Vom 20. Tage nach der Operation angefangen trank Patient Selters und wurde täglich ein metallener 3‴ dicker Catheter in die Blase auf 1—2 Stunden eingelegt. Anfangs gelang die Einführung des Instrumentes nur schwer, wegen

den deutlich fühlbaren Unebenheiten des Kanals in der Gegend der Harnröhrenzwiebel und des Isthmus; indess glichen sich dieselben schon nach einigen Tagen aus, der Catheter glitt mit Leichtigkeit vorwärts, auch erwarb sich Patient selbst eine Gewandtheit in der Handhabung desselben. Der Urin wurde allmälig klar und wässerig ohne Sediment, der ammoniakalische Geruch verschwand und selbst nach der täglich einmal vorgenommenen Blasendouche flossen die letzten Ueberreste des Wassers rein ab, ohne Beimischung des sonst dort immer stagnirenden zähen puriformen Schleims. Der vorher dagewesene Blasentenesmus verlor sich ganz und konnte Patient den Urin sowohl bei Tage als auch bei Nacht ohne Beschwerden mehrere Stunden bei sich behalten. In der vierten Woche verliess er das Bett, Heiterkeit, Esslust und Zunahme der Kräfte stellten sich ein; der seit vielen Jahren nur durch heftige Drastica hervorzurufende Stuhl erfolgte regelmässig ohne Beihilfe irgend eines Purgans. Bereits in der vierten Woche waren die Perinaealwunden gänzlich vernarbt und die an der Scrotalbasis zurückgebliebene konische Höhle verengte sich bei von Zeit zu Zeit vorgenommenen Cauterisationen mit Höllenstein und füllte sich von der Tiefe aus; es blieb indessen inmitten der trichterförmig eingezogenen Narbe eine für eine Knopfsonde durchgängige Oeffnung, durch welche beim Uriniren manchmal einige Tropfen Harn abgeflossen waren. Ein in der fünften Woche in Folge angestrengten Gehens durch Zerrung der Narben entstandenes Erythem des Scrotum und Mittelfleisches wich bei horizontaler Lage und Application der Kälte nach wenigen Tagen. In der sechsten Woche reiste Patient in seine Heimat ab mit der Weisung, den Catheter täglich $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde in die Blase durch längere Zeit einzulegen.

Nach 3 Monaten hatten wir Gelegenheit den Operirten nochmals zu untersuchen und fanden statt der seit der Operation an der Hodensackbasis zurückgebliebenen trichterförmig vertieften, mit dem Bulbus communicirenden Fistelöffnung eine strahlige feste Vernarbung, welche bereits in der zweiten Woche nach der Rückkehr des Kranken nach Hause ohne Zuthun äusserer Mittel erfolgt war. Das Mittelfleisch weich und geschmeidig, Eichel und Vorhaut normal, der Harnstrahl gleichmässig dick, ohne Spaltung in einem weiten Bogen vordringend. Eine dicke elastische Sonde, deren olivenförmiger Knopf von 3''' Durchmesser anstandlos bis in die Blase durchdrang, wurde beim Zurückziehen an der ehemaligen Stricturstelle im geringen Grade angehalten, ein Beweis, dass die an der Excissionsstelle daselbst in der Harnröhrenwand gebildete Narbe in die Canallichtung etwas hineinragen musste, daher den fortgesetzten Gebrauch des dicken Metallcatheters für die Folge zur unabweisbaren Nothwendigkeit machte. Der Stuhlgang blieb seit der Operation regelmässig und erfolgte ohne Beihilfe eines Drasticums; die Ernährung hatte sich gehoben.

In operativer Beziehung wären im vorliegenden Falle die geringen Schwierigkeiten bei der Auffindung der Continuität der Harnröhre hervorzuheben, was man bei der langen Dauer des Leidens von vornherein zu erwarten nicht berechtigt war. Zwar erklärt die bei der Operation constatirte Deformation der Harnröhre die früher bestandene Unmöglichkeit mit dem Catheter, sogar nach geschehener Eröffnung des Kanals mit einer Knopfsonde durch die Verengerung durchzudringen, allein man ersieht zugleich in diesem Falle, wie nach der Spaltung der die Urethra comprimirenden Narbenmassen ihre Wandungen auf eine für die Einführung der Instrumente überraschende Weise gelüftet wurden und die Fortsetzung des Kanals sowohl an der Strikturstelle, als auch in den dahintergelegenen Abschnitten mit Leichtigkeit verfolgt werden konnte. Der vor der Verengerung bestandene falsche Weg complicirte die Operation auf eine kaum nennenswerthe Weise, hätte aber im Falle der Vornahme des forcirten Catheterismus belangreiche Nachtheile nach sich gezogen. In solchen Fällen bewährt sich der grosse Vortheil der äusseren Urethrotomie, welche das Grundleiden sowohl als auch dessen zufällige Complication sicher zu beseitigen im Stande ist.

Indem wir auf die während der Nachbehandlung eingetretenen Zufälle der Cystitis weiter unten zurückkommen werden, wollen wir unter Zugrundelegung anatomisch physiologischer Thatsachen und mit Benutzung des uns zugänglich gewesenen empirischen Materials die beim äussern Harnröhrenschnitt vorkommenden Schwierigkeiten einer kurzen Besprechung unterziehen, die in solchen Fällen in Anwendung gezogenen Verfahrungsweisen zur Abwendung derselben und zur Abwehr der in Aussicht stehenden üblen Folgen angeben und somit die uns Eingangs gestellte practische Aufgabe zu lösen versuchen. —

Die älteste Methode des äussern Harnröhrenschnittes zur Beseitigung der Stricturen ist unstreitig die Eröffnung der Harnröhre hinter der Verengerung oder die sogenannte Boutonnière. Nach gemachtem Einschnitt in die Integumente wird die Harnröhre hinter der Verengerung aus freier Hand geöffnet, hierauf auf der von der Wunde aus in den Canal eingeschobenen Hohlsonde die Verengerung von hinten nach vorne gespalten und die Wunde über einem bis in die Blase eingelegten Catheter geheilt. Diese Methode gründet sich auf die bekannte pathologisch-anatomische Thatsache, dass die Urethra hinter der Verengerung erweitert ist; zum Gelingen derselben sind erforderlich: normale, nicht infiltrirte oder callös entartete Hautbedeckungen, damit die Ausdehnung des Canals sowohl dem Gesichts- als Tastsinne zugänglich sei und die Schnittführung mit Sicherheit und Präcision ausgeführt werden könne. Damit werden auch die für die Boutonnière geeigneten Fälle bezeichnet, namentlich Stricturen des schwammigen Theils der Harnröhre und des Bulbus, letztere besonders dann, wenn sie sich in einer solchen Höhe und einer so beschränkten Ausbreitung befinden, um eine genügende Ausdehnung der obern Mittelfleischgegend noch zulassen zu können. Auf diese Weise und unter vorgenannten Bedingungen operirten R i c h t e r und A. C o o p e r und erlangte L o r i n s e r (Wien, med. Wochenschrift Jhrg. 5 S. 197 und 214) in 2 Fällen günstige Resultate. Eingeschränkt wird das Gebiet der Boutonière bei den vorhin bezeichneten normalen Verhältnissen der Integumente durch den Sitz der Verengerung in der pars membranacea, weil eine auch wirklich vorhandene Ausdehnung der Urethra im häutigen Theil wegen den vor dem Isthmus ausgespannten unnachgiebigen Mittelfleischaponeurosen weder dem Gesichts- noch Tastsinne zugänglich ist. — Zwar gelangte Brodie (Allg. Zeit. f. Chir. Nro. 1. 1841) durch einen Einschnitt in die Haut des Dammes und nach Spaltung bei-

der Aponeurosen zu dem erweiterten Isthmus und eröffnete denselben in dem Momente, als dieser beim Drucke auf den Urin anschwoll; doch verdient dieses Verfahren wegen der Unsicherheit in der Ausführung und der Möglichkeit einer Verletzung der Nachbarorgane, namentlich des Mastdarmes, keineswegs als Regel für diese Fälle nachgeahmt zu werden. Noch mehr erleidet die Boutonnière eine Einschränkung sowohl für den Glied- als auch Perinäaltheil der Urethra durch die hier häufig vorkommenden pathologischen Zustände als: Callositäten und Ulcerationen des Mittelfleisches, welche eine Unterscheidung des in der Tiefe befindlichen Canals unmöglich machen, viel weniger eine Ausdehnung der ihn bedeckenden schwieligen allgemeinen Decken gestatten. — Die Casuistik des Harnöhrenschnittes liefert indessen Beispiele, wo man selbst unter solchen pathologischen für die Boutonnière ungünstigen Verhältnissen sich einen Weg zur Harnröhre hinter der Verengerung zu bahnen gesucht hat. Die häufigste Gelegenheit dazu bieten die Urinabscesse, welche die Folge des Durchbruches der Urethra und Ergusses des Harnes zwischen der fascia pelvis und der mittlern Dammaponeurose als pralle gegen die Basis des Hodensackes scharf abgegrenzte, meist mit normal gefärbten Hautdecken versehene Geschwülste plötzlich entstehen. Ein Einschnitt möglichst in die Mitte der Geschwulst, welcher im Falle einer grösseren Ausbreitung auf einer Seite, etwas schief gegen die Mittellinie des Dammes gerichtet sein muss, kann zuweilen zur Auffindung der Urethra behülflich sein (Brodie). Auch ereignen sich Fälle, wo ein solcher Urinabscess nach Durchbruch der mittleren Dammaponeurose sich zu einem abgesackten Heerde gestaltet, in welchem die meisten später entstandenen Perinaealfisteln einmünden. Die Eröffnung eines solchen Eitersackes vom Mittelfleische aus kann unter Umständen zur Entdeckung des hinter der Strictur gelegenen Harnröhrentheils führen und von da aus durch weitere operative Eingriffe die Wegsammachung der Urethra gelingen. Houston (Schmidt's Jhrb. Bd. II. S. 183) behandelte eine Beckenfraktur, zu welcher sich später Ulcerationen der Harnröhre und Fisteln hinzugesellt haben. Nach einem fast 14 monatlichen Aufenthalte im Hospitale, während welchem man abwechselnd mit bald am Damme, bald an den Gesässbacken, den Schenkeln und der Leistengegend aufbrechenden Abscessen, mit hectischen Zufällen und den mannigfaltigsten Hindernissen in der Urinexcretion zu kämpfen hatte, wurde die Harnröhre theils durch den an der Bruchstelle im Uebermasse hervorgewucherten Callus, theils durch narbige Zusammenziehung der zahlreichen Ulcerationsstellen am Damme obturirt und der Kranke war nahe daran, in Folge der Urinverhaltung zu Grunde zu gehen, weil es nicht möglich war, bei der den Beckenausgang einnehmenden Knochengeschwulst die Lage der Harnblase zur Vornahme der Paracenthese weder durch die Bauchdecken noch durch den Mastdarm mit Sicherheit zu ermitteln. In dieser Noth liess eine aufmerksame Untersuchung durch das Rectum in der Gegend der pars membranacea urethrae einen fluctuirenden empfindlichen Nuss grossen Sack entdecken, den man als eine Art Reservoir für den durch die Fisteln abfliessenden Urin erkannte; ein Einschnitt vom Perinaeum aus, wie bei der Sectio lateralis, hatte gänzliche Entleerung des Urins zur Folge. Durch diesen Weg gelangte man mit elastischen Bougien bis in die Blase und konnte allmälig von hier aus auch die gänzlich verschobene und comprimirte Urethra durch Erweiterungsmittel für den Urin gangbar machen. Unter Umständen lassen sich selbst die im Perinaeum bei Stricturen vorhandenen Fisteln als Wegweiser zur Auffindung der Harnröhre hinter der Verengerung benutzen, und Brada (öster. Wochenschft. 1845 Nr. 36) eröffnete auf diese Weise nach Spaltung der Dammfisteln den prostatischen Theil der Harnröhre hinter der Verwachsung, welche er später vom Orificium externum aus bis in die Perinaealwunde mittelst eines Troicarts durchstach und das bereits 11 Jahre bestehende Leiden beseitigte. — Solche Ausnahmsfälle, welche bei weitgediehener Degeneration des Dammes noch die Möglichkeit der Auffindung der Urethra hinter der Strictur zulassen, gehören, wie leicht einzusehen, zu den grössten Seltenheiten. Schon der meist rasche Durchbruch der mittleren Dammaponeurose und darauf folgende Harn-Infiltration in das Scrotum und Mittelfleisch so wie in die benachbarten Gegenden, lässt die günstige Gelegenheit zur Eröffnung solcher acuter Urinabscesse bald vorübergehen, und nur zu häufig suchen die Kranken ärztliche Hilfe erst dann, wenn der günstige Moment zum Handeln bereits längst verstrichen und die Beseitigung der Strictur vor den das Leben bedrohenden Zufällen der Gangrän und Pyämie in den Hintergrund getreten ist. Die Sondirung der allenfalls vorhandenen Hohlgänge wird nur selten zum erwünschten Resultate führen, weil ihr sinuöser Verlauf, die Enge ihres Lumens und das Versteckliegen innerhalb der Narbenwulste des Scrotums oder des Dammes theils ihr Auffinden erschwert, theils ein Durchdringen derselben bis zur Communicationsstelle mit der Harnröhre völlig unmöglich macht. Diese Fälle sind demnach nur geeignet, dem practischen Wundarzte diagnostische Behelfe zu einer möglichst allseitigen Auffassung des vorliegenden Krankheitszustandes an die Hand zu geben, sie können selbst unter gewissen Verhältnissen auf das zu ergreifende operative Verfahren von Einfluss sein, allein sie gestatten nicht, bei der Mannigfaltigkeit der hier vorkommenden Varietäten eine allgemein gültige Methode zur Ausführung der Boutonnière an dem Perinaealtheil der Harnröhre zu begründen.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen.

A. Aus der gerichtsärztlichen Praxis, ärztl. Section.

Verbrechen der Nothzucht, verübt durch geschlechtlichen Missbrauch der A. M. in wehrlosem (angeblich somnambulem?) Zustande, gerichtsärztlich zusammen gestellt

von Prof. Dr. ***J. Schuhmacher*** in Salzburg.

(Fortsetzung.)

Das Untersuchungsgericht stellte demnach folgende Fragen an die Sachverständigen: 1. Ist nach dem Befunde an der A. M. in der von ihr angegebenen Zeit (2. September 185*) ein Beischlaf vollzogen oder versucht worden? — 2. Kann im bejahenden Falle aus den vorgefundenen Merkmalen mit Gewissheit oder Wahrscheinlichkeit entnommen werden, dass dieser Beischlaf an der A. M. im jungfräulichen Zustande derselben verübt wurde? — 3. Ist nach dem Befunde und den übrigen Erhebungen mit Gewissheit oder Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass A. M. bei Vollzug des Beischlafes im Zustande der Bewusstlosigkeit war? — 4. Hat der geschlechtliche Missbrauch der A. M. für dieselbe nachtheilige Folgen gehabt und worin bestehen dieselben? — 5. Stehen die Angaben der A. M. und der vernommenen Zeugen über ben Krankheitszustand der er-

steren und dessen Erscheinungen nicht im Widerspruche mit den Erfahrungen der Wissenschaft über Somnambulismus und Magnetismus? — Sollten sich aus dem Resultate der ärztlichen oder aus dem bisherigen Ergebnisse der gerichtlichen Untersuchung sonstige Folgerungen ergeben, welche für die hier anhängige Untersuchung von Wichtigkeit sein könnten und nicht in die Beantwortung obiger Fragen einbezogen werden können, so wollen dieselben dem Gutachten beigefügt und letzteres mit möglichster Beschleunigung überreicht werden, da von dessen Einlangen die Fortsetzung der Untersuchung abhängt.

Die Sachverständigen Dr. a. und Dr. b. gaben in folgendem Gutachten jeder für sich die Beantwortung obiger Fragen. Ad 1. Dr. a. Aus der am 7. September von dem Gefertigten vorgenommenen Untersuchung der A. M., bei welcher sich das Hymen narbig eingerissen fand, geht nur hervor, dass mit ihr ein Beischlaf gepflogen wurde. Für ihre Angabe, dass selber am 2. September vollzogen oder versucht worden ist, spricht die damals vorgefundene stellenweise Röthung der Scheidenschleimhaut am Grunde des Hymens und vorzüglich die (nach der protocollarischen Angabe des behandelnden Chirurgen A. vom 4. September) am 2. September $1\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Beischlafe vorgefundene übermässig geröthete und erhitzte Schleimhaut der Schamlippen, die Verunreinigung der Schamhaare durch schmutziges Blut und das Ausfliessen einer zähen samenähnlichen Feuchtigkeit aus dem Scheideneingange.

Dr. b. Der Befund des Wundarztes A., welcher die A. M. noch am 2. September Abends $1\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Factum untersuchte, wobei er die Schleimhaut am Scheideneingange übermässig geröthet und erhitzt, die Schamlippen mit Blut beschmutzt und aus dem Scheideneingange eine zähe samenähnliche Feuchtigkeit ausfliessend fand, der Befund des Dr. a. und des Gefertigten vom 7. September, nämlich die stellenweise Röthung der Scheidenschleimhaut am Grunde des Hymens, stellen es wohl ausser Zweifel, dass an der A. M. in der von ihr angegebenen Zeit (2. September) ein Beischlaf versucht oder begangen wurde. Dass aber ein Beischlaf an der A. M. den 2. September vollzogen i. e. Same in die Scheide ejaculirt wurde, kann weder mit Gewissheit noch Wahrscheinlichkeit behauptet werden, weil die am Hemde der A. M. befindlichen Flecken sich nicht als Samenflecken erwiesen und bei dem Umstande, dass A. M. an einem Schleimausflusse litt, diese ausgeflossene Flüssigkeit ihrer Natur nach aber nicht genau eruirt wurde, dieselbe sohin Scheidenschleim gewesen sein konnte.

Ad 2. Dr. a. Aus den von dem Gefertigten vorgefundenen Merkmalen, nämlich dem engen Scheideneingange, wenig gewulsteten grossen und enge aneinander schliessenden kleinen Schamlippen geht nur so viel hervor, dass der Beischlaf mit der A. M. noch sehr selten gepflogen worden sei, so wie aus den vernarbten Einrissen des Hymens, dass sie am 2. September kaum mehr Jungfrau gewesen ist, nachdem derlei Einrisse in 5 Tagen gewöhnlich nicht verheilen; ob sie jedoch beim Bettliegen in dieser Zeit nicht verheilen konnten, darüber stehen dem Gefertigten keine Erfahrungen zu Gebote; der Befund des Wundarztes von 2. September, vorzüglich die Besudlung der Schamhaare mit Blut, spricht zwar, falls sie nicht menstruirt war, für die Jungfrauschaft, indess wurde das Hauptkennzeichen nicht beobachtet, ob das Hymen damals die Spuren von frischen Einrissen gezeigt habe.

Dr. b. Die am Hymen aufgefundenen bereits vernarbten Einrisse, die ihrer Beschaffenheit nach den bestehenden Erfahrungen gemäss von einem älteren Datum als von dem 2. September 185* herrühren, so wie die Weite der Scheide (der Gefertigte konnte den Zeigefinger bequem einführen) machen es nicht wahrscheinlich, dass dieser Beischlaf an der A. M. im jungfräulichen Zustande der Genitalien verübt wurde; gewiss dürfte es wenigstens sein, dass irgend eine mechanische

Gewalt schon vor dem 2. September auf die Geschlechtstheile eingewirkt habe. Durch den Befund ihrer Genitalien ist aber sicher gestellt, dass keine häufige mechanische Einwirkung, somit auch kein häufiger Beischlaf stattgefunden habe. Die Beschmutzung der Schamhaare mit Blut, angenommen, dass sie gewiss von dem Blute der A. M. herstammte, kann nicht als Zeichen der Virginität betrachtet werden, weil nicht alle Frauenspersonen bei dem ersten Beischlafe Blut verlieren und auch solche, die keine Jungfrauen sind, Blut vergiessen, wenn ein Missverhältniss der Genitalien vorhanden ist oder wenn der Beischlaf mit Ungestüm ausgeführt wird u. s. w.

Ad 3. Dr. a. Aus den gepflogenen Erhebungen geht zwar mit einiger Wahrscheinlichkeit hervor, dass die Untersuchte während des Beischlafes im bewusstlosen Zustande war, indem die Base G. V. den N. mit der im magnetischen Schlafe Befindlichen allein gelassen hat, die Missbrauchte im wachen Zustande von dem Beischlafe nichts zu wissen schien, während sie im magnetischen Schlafe den Hergang so angab, wie ihn zum Theil die Aussage der letzteren bestätigte; da A. M. bisher einen sittlichen Ruf hatte, wofür auch die für ihr Alter noch mangelhaft entwickelten, fast jungfräulichen Genitalien sprechen; da dieselbe ferner den N. nicht kannte, wegen heftigen Unterleibsschmerzen erst am selben Tage Morgens versehen worden war und es deshalb um so unwahrscheinlicher ist, dass sie sich in einem leidenden Zustande einem Unbekannten zur Befriedigung hingegeben habe. Indess lässt sich bei der bekannten Verstellungs-Sucht und Kunst, so wie der Schwachheit der hysterischen Weiber nicht mit Gewissheit schliessen, ob sie sich wirklich hiebei im bewusstlosen Zustande befunden habe, und Gefertigter ist dies um so weniger zu bestimmen im Stande, als hiezu eine genaue Kenntniss der Untersuchten und eine längere Beobachtung nöthig sind.

Dr. b. Nach dem Befunde und den übrigen Erhebungen kann weder mit Gewissheit noch Wahrscheinlichkeit behauptet werden, dass A. M. beim Beginne des Beischlafes im Zustande der Bewusstlosigkeit war. Dass die A. M. am 2. September wiederholt in den bewusstlosen Zustand verfiel, kann mit Gewissheit angenommen werden; es bestätigen dies die Aussagen des Wundarztes, der V. G., die Aussage des Beschuldigten; ob aber A. M., als der Beischlaf mit ihr begonnen wurde, gewiss oder wahrscheinlich bewusstlos war, kann nicht angegeben werden, weil das Factum nur vor 4 Augen vorfiel.

Ad 4. Dr. a. Der geschlechtliche Missbrauch der Untersuchten hatte nach der protocollarischen Angabe des behandelnden Wundarztes einen vorübergehend aufgeregten Zustand und Athmungsbeschwerden zur Folge; der Gefertigte fand eine nach der Versicherung des Wundarztes öfters sich einstellende krampfhafte Auftreibung des Unterleibes bei ziemlich allgemeiner Schwäche. Zur Bestimmung der etwaigen nachtheiligen Folgen wäre die Kenntniss ihres gegenwärtigen Zustandes nöthig.

Dr. b. Der Gefertigte nahm wahr, dass die A. M. beim Drucke auf die untere Bauchgegend über heftige Schmerzen klagte, welche Schmerzen nach Angabe der A. M. und des Wundarztes seit dem mit ihr begonnenen Beischlafe am 2. September auftauchten. Ob diese Schmerzen sich vergrösserten oder bereits verschwunden sind etc.. und welche andere nachtheilige Folgen sich später etwa entwickelten, müsste eine wiederholte Untersuchung zeigen.

Ad 5. Dr. a. Die Angaben der A. M. und der vernommenen Zeugen über ihren Krankheitszustand stehen nicht im Widerspruche mit den Erfahrungen über Somnambulismus und Magnetismus; ihre zarte nervöse Constitution, die bedeutenden Blutentziehungen, welche bei ihr wegen einer traumatischen Magen- und Gedärmentzündung gemacht wurden, die hierauf eingetretene Catalepsie (Starrsucht) disponirte sie zu ekstatischen und magnetischen Zuständen. Der Gefertigte hatte 14 Tage früher Gelegenheit, sie in einem solchen ekstatischen Anfalle zu beobachten, in welchem ihr Auge so starr und

unbeweglich nach oben gerichtet war, dass sie keinen Lichtwechsel oder andern Reiz zu empfinden schien, wobei die Pupille sich wie sonst verhielt. Der sie behandelnde Wundarzt, ein talentvoller, unterrichteter, vorsichtiger, früher selbst in Bezug auf den thierischen Magnetismus ungläubiger Arzt, hatte ohngeachtet bereits längeren täglichen Beobachtungen an ihr noch keine Spur von Simulation entdeckt und war durch Enthüllung ihm allein bekannter Geheimnisse während des magnetischen Schlafes gläubig geworden, (überdies sucht die Vorgenannte selbst jede Ostentation zu vermeiden und hat den Arzt gebeten, Niemanden zu ihr zu lassen, als den er für gut findet und um Beseitigung der ihr, als sie bei ihrer Schwester war, lästigen häufigen Besuche angesucht (später erst wurde sie nämlich nach S. gebracht), lauter Momente, welche für die bei der A. M. wirklich vorhandenen ekstatischen oder magnetischen Zustände sprechen, jedoch noch nicht hinreichend sind, dieselben zweifellos zu erhärten, was nur eine fortgesetzte längere Beobachtung unter genauer Aufsicht vermag; übrigens erscheint hiezu eine genaue Constatirung ihres Characters sowohl als ihres ekstatisch-magnetischen Zustandes und hiemit ihres Vorlebens und eine Krankheitsgeschichte sowohl vom St. J. Spitale als vom behandelnden Wundarzte nothwendig.

Dr. b. Die Existenz des thierischen Magnetismus ist noch keine erwiesene Thatsache, weshalb eine nicht geringe Zahl der Aerzte sie in Abrede stellen. Ohne gerade diese Existenz in Abrede stellen zu wollen, muss der Gefertigte offen gestehen, dass die Erscheinungen, wie sie die A. M. darbot, ihm die Ueberzeugung, dass diese wirklich in den magnetischen Zustand gesetzt gewesen sei, nicht aufdrängen. Wir fanden die A. M., nachdem sie der Wundarzt in unserer Abwesenheit (denn er sagte in unserer Gegenwart gelinge es nicht) in den magnetischen Schlaf versetzt hatte, bewegungslos mit geschlossenen Augen im Bette liegen, sie beantwortete nur die vom Wundarzte über ihren Zustand gestellten Fragen mit Bestimmtheit. Einen solchen Zustand mit solchen Erscheinungen zu simuliren, dazu gehört wahrhaftig keine Kunstfertigkeit und keine besondere Vorbildung. Dass aber hysterische Personen gerne und häufig solche Rollen spielen und dass auch dieses Spiel ganz häufig entlarvt wurde, ist erwiesene Thatsache. Freilich ist es leichter eine Simulation zu vermuthen, als sie zu beweisen. Jener Arzt, welcher die Existenz des thierischen Magnetismus als erwiesen betrachtet, wird die Angaben der A. M. und der vernommenen Zeugen über den Krankheitszustand der ersteren und die Erscheinungen mit der Erfahrung und der Wissenschaft im Einklange finden; das Entgegengesetzte findet der Arzt, der an die Existenz des thierischen Magnetismus nicht glaubt. Sollte eine fortgesetzte genaue Beobachtung der A. M. zu einem verlässlichen Resultate führen, so müsste diese Beobachtung in einem Krankenhause angestellt werden. Schliesslich erfuhr ich, dass der Wundarzt A. die A. M. seit einiger Zeit nicht mehr in den magnetischen Schlaf versetzen könne. (Wurde später von dem Wundarzte als unwahr erklärt.) (Fortsetzung folgt.)

B. Aus dem Wiener Versorgungshause am Alserbache.

Vom Prim. Dr. ***Chrastina.***

4. Carcinom der Leber.

Eine 75jährige Pfründnerin ist mit der Gelbsucht zugewachsen, an der sie seit 7 Monaten zu leiden behauptete, ohne dass sie ausser vorübergehenden gastrischen Beschwerden viel zu leiden gehabt hätte. Da jedoch die Ernährung sichtbar vermindert wurde, eine auffallende Mattigkeit sich einstellte und die Gelbsucht zum förmlichen Melasicterus stieg, so wurde diese Pfründnerin im Jänner 1857 in den Krankenstand aufgenommen. Dieselbe gab an, mit Ausnahme von 2 Leberentzündungen und einer Peritonitis immer gesund gewesen zu sein, bis die Gelbsucht sich zeigte. Bei der Untersuchung fand man ausser dem dunkelgelben Colorit der Haut und der schmutziggelblich gefärbten Sclerotica eine bedeutende Abmagerung des ganzen Körpers, die Brustorgane gesund, die Leber bis in die Ileocoecal-Gegend reichend. An der untern Fläche zunächst des vordern Randes konnte man eine harte rundliche Apfel grosse Geschwulst umgreifen und die Oberfläche des rechten Lappens fühlte sich hart und uneben an, der Schmerz beim Drucke in der Lebergegend mässig. Weder Oedem der Füsse noch Ascites war vorhande n,der Urin sehr dunkel, beinahe schwarzbraun, stark biliphaeinhaltig, die faeces grauweiss.

Obwohl die Calculi fellei namentlich durch Herabsteigen in den ductus choledochus und hiedurch bewirkte Stauung der Galle den Icterus bedingen konnten, obwohl die vesica fellea deutlich als krank zu greifen war, so mussten wir doch in Anbetracht der übrigen Beschaffenheit der Leber, des cachectischen Aussehens der Kranken und der so stark herabgekommenen Ernährung ein tieferes Leiden annehmen und Carcinoma hepatis diagnosticiren.

Der weitere Verlauf rechtfertigte unsere Diagnose, indem nicht nur heftige Schmerzen in der ganzen Lebergegend auftraten, sondern schon nach einigen Wochen ein leichter Ascites und später auch ein Oedem der Füsse sich einstellte. Die Kranke, die früher an Obstruction litt, wurde zuletzt von einer Diarrhoe befallen, die sie bis zum Tode, der nach 3 Monaten in Folge von Erschöpfung eintrat, nicht mehr verliess.

Die Obduction wurde nach 30 Stunden vorgenommen und lieferte folgendes Resultat: Der Körper abgezehrt, die allgemeine Decke intensiv dunkelgelb. Oedem der Füsse, Unterleib mässig gespannt, Gehirn und Brustorgane normal, Magen zusammengefallen, die Leber namentlich im Längendurchmesser vergrössert, gelbgrünlich, das Parenchym von Bohnen bis Wallnuss grossen gelblichweissen härtlichen Aftermassen durchsetzt. Der Gallenblase und dem comprimirten Ductus hepatic. zunächst sass im Umfange eines Handtellers ein mattweisses Neugebilde von obiger Consistenz, die Gallengänge verödet, die Leberzellen mit gelblichem Pigment stark durchtränkt. Die Gallenblase in ihren Häuten sehr verdickt, fast knorpelhart, mit schmutziggelber Jauche und 6 bis 8 Bohnen grossen Chololithen gefüllt, an ihr das grosse Netz als ein unförmlicher Klumpen hängend, krebsig degenerirt, im Peritonäalsacke etwas über 1 Pf. seröse Flüssigkeit.

Die Entartungen der Leber gehören zu denjenigen Krankheiten, die selten eine Heilung zuliessen. Dies galt vorzüglich von der Cirrhose oder granulirten Leber und von dem Leberkrebs, indem erstere die Verästlungen der Pfortader zum Veröden brachte und hiedurch einen unheilbaren Ascites bedingte, letzterer aber durch seinen Sitz und seine auf den ganzen Organismus ausübende zerstörende Wirkung unangreifbar blieb. Wir mussten daher immer nur palliativ verfahren und die lästigen Zufälle zu beschwichtigen suchen. Die Punctio abdomin. bei Ascites ex Cirrhosi hepatis hat wohl momentane Erleichterung verschafft, aber von einer Heilung konnte begreiflicherweise keine Rede sein.

Da bekanntermassen der Leberkrebs (unter 5 Krebsen ist nach Professor **Rokitansky** 1 Leberkrebs) in höherem Alter nicht selten vorkömmt und ich daher in unserer Anstalt nebst Krebs des Oesophagus, des Magens, des Dickdarmes, des Uterus und der Nieren das Carcinoma hepatis häufig zu beobachten Gelegenheit hatte, so will ich etwas ausführlicher darauf eingehen. —

Der Leberkrebs kam entweder für sich allein vor und griff nach und nach auf die angrenzenden Organe über oder es war die Leber primär nicht ergriffen, sondern der Pylorustheil des Magens, die Drüsen um das Pankreas etc. und erst später wurde die Leber in die carcinomatöse Entartung miteinbezogen. Die gewöhnliche Form in der Leber war der Medullarkrebs, der entweder an der Oberfläche unter der Peritonaealhülse oder in der Tiefe sass, von der Grösse eines Hanfkornes bis zu der einer Faust und darüber bald in grösserer bald in geringerer Zahl von Knoten vorhanden und veränderte

nach seiner Lage und Grösse die Gestalt der Leber auf verschiedene Weise, aber immer war das Volumen des Organs vergrössert. Die Krebsknoten waren meist von grosser Consistenz und grauweisser Farbe, doch zuweilen auch gelb, braun oder röthlich gefärbt und weich. Da der Leberkrebs mit der Luft in keine Berührung kommt, so geht er auch selten in Erweichung und Verjauchung über, ausser wenn ein anliegendes Darmstück von dem krankhaften Processe mitergriffen wird, einen Durchbruch erleidet und so der an diesem Darm angelöthete Leberkrebs der Einwirkung der Darmgase ausgesetzt wird. Das Wachsthum des Leber-Carcinoms geht in der Regel langsam vor sich, lässt aber selten die Gallenblase intact, verursacht durch Druck den Schwund des normalen Gewebes, comprimirt die Blutgefässe und Gallengänge wodurch Ascites und Icterus hervorgerufen wird.

Die Diagnose beim Leberkrebs war nicht immer leicht, ausser er war so weit gediehen, dass er palpabel ward und eine Verwechslung nicht leicht zuliess. Nebst Volumszunahme, die auch durch andere Krankheiten der Leber zu Stande kommen kann, äussert sich der Krebs im spätern Verlaufe durch Schmerzen, die aussetzend oder anhaltend sein können, vorzüglich aber durch die fortschreitende Abnahme der Ernährung, Verarmung des Blutes und Functionsstörung der Leber. So lange aber der Krebs in der Tiefe des Organs sitzt, kann man ihn blos vermuthen, aber nicht mit Bestimmtheit diagnosticiren. Icterus ist sehr häufig aber nicht immer vorhanden und entsteht durch Compression der Gallengefässe und Stauung der Galle, aber er fehlt zuweilen selbst dann, wenn das Parenchym ganz von carcinomatösen Massen durchsetzt ist. Ascites stellt sich ein, wenn die Pfortader oder ihre Aeste von dem Aftergebilde gedrückt werden und im mässigen Grade auch dann, wenn durch Verarmung des Blutes an festen Bestandtheilen allgemeiner Hydrops zum Vorschein kommt.

Das Aussehen der Kranken beim Leberkrebs ist immer kachectisch und der Tod erfolgt unter fortschreitender Abmagerung und Verfall der Kräfte entweder durch Krebsablagerung in anderen Organen oder durch Hydrops, Peritonitis und andere Complicationen. Eine Heilung durch Schrumpfung, Verödung oder Mortification sowie durch Verfettung der Krebsmassen und partielle Narbenbildung habe ich niemals gesehen und muss daher die Prognose beim Leberkrebs höchst ungünstig annehmen.

Was die Aetiologie des Lebercarcinoms und des Krebses überhaupt anbetrifft, so sind hierüber keine bestimmten Verhältnisse bekannt und ich habe den Krebs bei Säufern eben so oft, als bei nüchtern lebenden Personen, bei Armen eben so oft als bei Reichen auftreten gesehen und er kommt daher bei allen Ständen vor, nur scheint seine Häufigkeit im höhern Alter grösser zu sein.

Auch über das Wesen des Krebses ist man nicht ganz im Klarren. Während allgemein angenommen wird, dass der Krebs lediglich der Effect einer Abnormität in der Blutmasse sei, und eine krebsige Dyscrasie gelten lässt, ist Professor Skoda der Ansicht, dass der Krebs häufig als locale Erkrankung auftrete und erst später auf das Blut einen deletären Einfluss übe. Er stützt seine Ansicht auf die Beobachtung, dass ganz gesunde Frauen durch einen Stoss oder Druck auf die Brustdrüse vom Krebse in diesem Organe befallen worden, während sie ohne diese mechanisehe Einwirkung gesund geblieben wären. Die hiebei später eintretende Cachexie erklärt er für secundär, hervorgerufen durch die Einwirkung des Carcinoms in der Brustdrüse auf die Blutmasse und das Nervensystem.

Über die Entstehung des Icterus sind die Ansichten verschieden. Die eine, welche ihn durch die Resorption der in der Leber gestauten Galle erklärt, setzt voraus, dass die Galle aus den vorhandenen Bestandtheilen des Blutes erst in der Leber gebildet werde. Die andere nimmt an, dass die Gallen-Bestandtheile im Blute schon präformirt seien und in der Leber blos abgesetzt werden. Werde die Ausscheidung derselben gehindert und sie daher im Blute zurückgehalten, so kommt Icterus zum Vorschein. Zwar seien die elementaren Bestandtheile der Galle im Blute noch nicht nachgewiesen worden, aber man habe auch vom Harnstoff früher im Blute nichts gewusst und es bedürfe vielleicht nur einer bessern Untersuchungsmethode, um auch die Gallenbestandtheile darin zu finden. Hierüber muss also von der patholog. Physiologie eine weitere Aufklärung erwartet werden. Aber so viel bleibt gewiss, dass manche Krankheiten von Icterus begleitet sind, ohne dass man für ihn einen palpaplen Grund finden kann.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Das h. Ministerium des Innern hat im Einvernehmen mit d. h. Handelsministerium und d. h. Armee-Obercommando die Verwendung von Chlorkalk bei Erzeugung von Reibzündhölzchen mit gewöhnlichem Phosphor in Berücksichtigung der Gefährlichkeit der Fabrikation, des Transportes und des Gebrauches derselben unbedingt verboten. — Die h. k. k. nied. österr. Statthalterei hat dem vom Doctoren-Collegium über Antrag des Dr. Nusser proponirten Unterstützungs-Institute für mittellose und erwerbsunfähige Mitglieder des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums unterm 6. d. M., Z. 3242, ihre Genehmigung ertheilt. Die vorgelegten Statuten wurden ohne Abänderung angenommen, so, dass dieses gemeinnützige Institut schon jetzt ins Leben treten kann.

Der Prager pathologisch-anatomischen Lehranstalt wurde ein Regulativ vorgezeichnet und das Verhältniss des Vorstandes dieser Anstalt und der clinischen Professoren bezüglich der Leichenöffnungen der an den Cliniken verstorbenen Kranken normirt.

Gesundheitszustand. Die nebligen düstern Tage der verflossenen Woche haben uns wieder eine Menge Kranke gebracht, so dass der Krankenstand in und ausser den Spitälern rasch zunimmt und in letzteren der Belegraum bald erschöpft sein dürfte, wenn nicht, wie wir hoffen, die schönen heiteren Tage, mit denen diese Woche begonnen, durch ihre Rückwirkung einen neuen Umschwung hervorbringen. Wieder ist es der Typhus, der sich besondere Geltung verschafft und neuerdings einen epidemischen Character anzunehmen droht. Die neu aufgenommenen Kranken sind beinahe zur Hälfte typhöse, und die meisten darunter haben bereits Milztumoren, Meteorismus und Diarrhoeen. Dabei sind die übrigen Krankheiten, der Jahreszeit entsprechend, auch ziemlich stark vertreten; Catarrhe der Athmungs- und Verdauungsorgane so wie Pneumonien kommen häufig vor, Lungentuberculosen verschlimmern sich, auch Puerperalprocesse nehmen zu; nur die Blattern sind von der Höhe und Intensität, mit der sie sich den ganzen Jänner hindurch erhielten, etwas gefallen. In den k. k. Militärspitälern hat sich die Krankenzahl seit einer Woche wohl auch um fast 200 vermehrt, aber der Typhus hat dazu bisher noch nichts beigetragen; denn der Stand desselben war am 16. noch genau derselbe wie vor 8 Tagen (43). Blattern sind auch hier in Abnahme: es verblieben 59.

Personalien.

Das h. Ministerium des Innern hat dem Abtheilungsvorstande im Leopoldstädter Filial-Spital Dr. Ludwig Lewinsky in Anerkennung seiner, mit lobenswerthem Fleiss und gründlicher Fachkenntniss geleisteten erspriesslichen Dienste eine Renumeration von 300 fl. Oe. W. aus dem Krankenhausfonde angewiesen.

Am 15. d. M. wurde Dr. Isaak Reischer aus Lemberg als Mitglied des Doctoren-Collegiums in die med. Facultät aufgenommen.

Offene Correspondenz.

Prän. Nr. 593. Ihr Antrag ist uns sehr willkommen, nur ersuchen wir um mögliche Kürze. — Prän. Nr. 42. Ihren Bericht haben wir erhalten; wir werden ihn im Auszuge benutzen. — Prän. Nr. 998. Ihrem Wunsche wurde entsprochen.

Druck von Anton Schweiger in Wien.